

様式第1号（第2条・第4条関係）

受付番号

介護保険法第115条の32第2項（整備）又は第4項（区分の変更）に基づく業務管理体制に係る届出書

年 月 日

大田原市長 様

住 所
事業者 名 称
代表者氏名

このことについて、下記のとおり関係書類を添えて届け出ます。

		事業者（法人）番号									
1	届出の内容										
	(1)法第115条の32第2項関係（整備）										
(2)法第115条の32第4項関係（区分の変更）											
2	フリガナ名										
	住所 (主たる事務所の所在地)	(郵便番号 -) 都道 郡 市 府県 区 (ビルの名称等)									
	連絡先	電話番号					FAX番号				
	法人の種別										
	代表者の職名・氏名・生年月日	職名			フリガナ氏名			生年月日	年 月 日		
	代表者の住所	(郵便番号 -) 都道 郡 市 府県 区 (ビルの名称等)									
3	事業所名称等及び所在地		事業所名称	指定(許可)年月日	介護保険事業所番号(医療機関等コード)	所在地					
			計 力所								
4	介護保険法施行規則第140条の40第1項第2号から第4号に基づく届出事項		第2号	法令遵守責任者の氏名(フリガナ)				生年月日			
			第3号	業務が法令に適合することを確保するための規程の概要							
			第4号	業務執行の状況の監査の方法の概要							
5	区分変更前行政機関名称、担当部(局)課										
	事業者（法人）番号										
	区分変更の理由										
	区分変更後行政機関名称、担当部(局)課										
区分変更日		年 月 日									